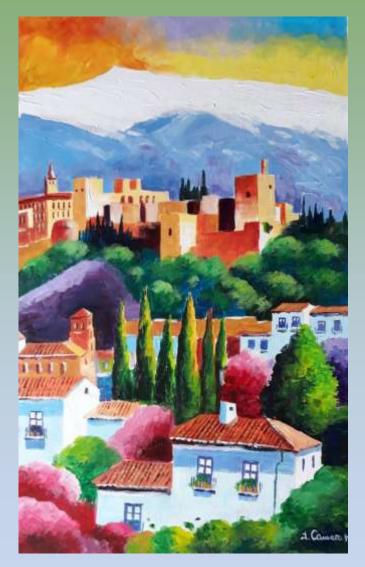
12:00-13:00: Mesa/ Debate adicción a benzodiacepinas. Abordaje y tratamiento

XVII JORNADAS SOMAPA 24-25 Noviembre 2023, GRANADA

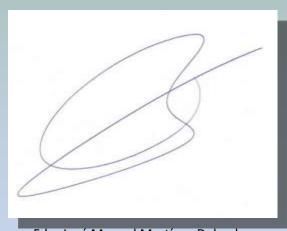
Manuel Martínez Delgado Médico Psiquiatra Cádiz





Yo, José Manuel Martínez Delgado, con DNI nº 31218682-T, declaro que éstos son mis conflictos de interés con respecto a mi labor profesional como médico especialista en Psiquiatría, en los últimos años, con nº de colegiado 111104447

En Granada, a 25 de noviembre de 2023



Fdo. José Manuel Martínez Delgado

COMPANY	SPEAKER	CONSULTANT	GRANTS
SHIRE/TAKEDA	Х		
INDIVIOR	Х	X	Х
GILEAD	Х		
JANSSEN	Х		
PFIZER	Х		
ESTEVE	Х		

VIVIR SIN TRANQUILIZANTES ES POSIBLE





BENZOSTOPJUNTOS

De las siguientes frases sobre el tranquilizante que utiliza, piense cuales son verdaderas o falsas:

1. Cuando se utiliza durante largos períodos de tiempo es seguro.

Verdadero__Falso__

2. La dosis que tomo causa problemas.

4. Es la mejor opción disponible para estar más relajado o dormir mejor. Verdadero ____Falso ____ 3. Si dejo de tomarlo, tendré ansiedad o dormiré peor.

Junta de Andalucía consejería de Salud servicio Ans

RAZONES DE OPORTUNIDAD

"La primera conclusión que encontramos al hablar del abuso y dependencia de las Benzodiacepinas (BZD) es la escasa literatura específica que se ha publicado sobre el tema"







Riesgos del uso prolongado de las BZD y los hipnóticos-Z

- a) Tolerancia
- b) Dependencia: Mas relacionada con BZD de alta potencia, acción corta, tiempo de tratamiento, dosis y comorbilidad con otros trastornos mentales.
- c) Serias interacciones farmacológicas con depresores del SNC, aumentando la sedación y con riesgos vitales cuando se trata del Alcohol y Opiáceos.
- d) Deterioros cognitivos: Aumenta el riesgo de demencias en poblaciones geriátricas. Dificultades cognitivas: memoria, atención,...
- e) Aumenta la incidencia de cáncer.
- f) Aumenta la mortalidad por cualquier causa.
- g) Retrasos y dificultades psicomotoras. Aumenta el riesgo de caídas y fracturas.
- h) Sedación, pérdida de calidad de vida
- i) Anestesia emotiva, embotamientos,...
- j) Interfiere los problemas afectivos.
- k) Episodios paradójicos de estimulación.
- I) Etc.















DHD, dosis por 1000 habitantes día de un medicamento

El <u>informe de la JIFE</u>, elaborado en 2020 con datos de 2019 previos a la pandemia, se ha realizado con las cifras de consumo aportadas por 85 países, una aportación que España no hacía desde hacía tres años, según se refleja en el documento. De acuerdo con esos datos, el mayor índice de consumo de benzodiacepinas, por encima de las 50 dosis diarias por cada 1.000 habitantes, lo encabeza nuestro país, al que siguen Serbia, Uruguay, Israel, Estados Unidos y Hungría. Y señala como las más consumidas el Alprazolam, Lorazepam, Diazepam, Clonazepam, Bromazepam, Lormetazepam y Estazolam.



Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones



WW	W.S	IPAS	DA.	Into

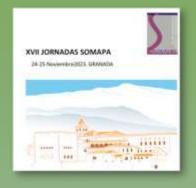
Droga	Hombres	Mujeres	Total
Alcohol	191	74	265
Anfetaminas	1	1	2
Cannabis	100	28	128
Cocaína	196	36	232
Heroína y rebujao	358	70	428
Hipnóticos y sedantes	11	10	21
Juego patológico	49	3	52
Otras adicciones sin sustancia	2	9	11
Otras sustancias psicoactivas	43	19	62
Tabaco	6	2	8
TOTAL	957	252	1209

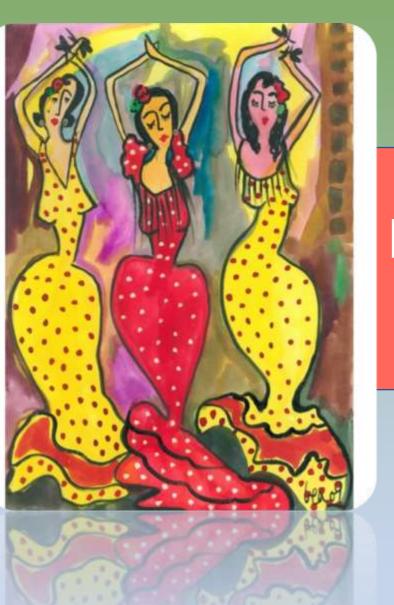
3211.Hiposedantes, Clometiazol	1	0,01 %	0	0 %	1	0,01 %
3300.Benzodiacepinas, sin especificar	55	0,31 %	53	0,3 %	108	0,61 %
3301.Benzodiacepinas. Alprazolam	42	0,24 %	33	0,19 %	75	0,42 %
3303.Benzodiacepinas. Bromazepam	0	0 %	1	0,01 %	1	0,01 %
3307.Benzodiacepinas, Clonazepam	3	0,02 %	1	0,01 %	4	0,02 %
3308,Benzodiacepinas. Clorazepato dipotásico	4	0,02 %	4	0,02 %	8	0,05 %
3311.Benzodiacepinas, Diazepam	9	0,05 %	6	0,03 %	15	0,08 %
3315,Benzodiacepinas. Ketazolam	1	0,01 %	0	0 %	1	0,01 %
3316.Benzodiacepinas. Loprazolam	1	0,01 %	0	0 %	1	0,01 %
3317.Benzodiacepinas, Lorazepam	9	0,05 %	13	0,07 %	22	0,12 %
3318,Benzodiacepinas. Lormetazepam	9	0,05 %	6	0,03 %	15	0,08 %
3352.Benzodiacepinas. Zolpidem	3	0,02 %	4	0,02 %	7	0,04 %

TOTAL



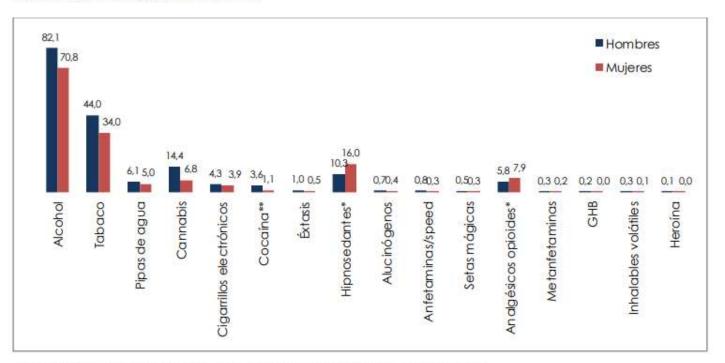
Este indicador informa del número de fibats abiertas, por droga de admisión,





Prevalencia y presentaciones

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas <u>en los últimos 12 meses</u> en la población de 15 a 64 años, según sexo (%). España, 2022.



Fuente: OEDA.DGPNSD. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

- **polvo y /o base
- * Con o sin receta

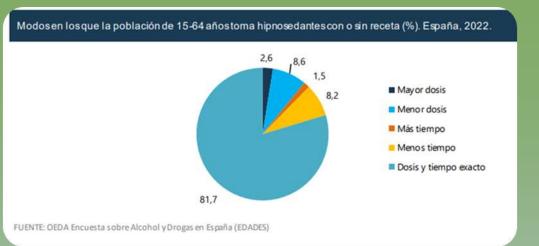
2.4. Hipnosedantes con o sin receta

 El consumo de hipnosedantes con o sin receta se ha incrementado de nuevo continuando con la tendencia creciente iniciada en 2018 hasta un 23,5%. En 2022 el 13,1% de las personas de 15 a 64 años los ha consumido en los últimos 12 meses, y la proporción es mayor entre las mujeres (16,0%) que en los hombres (10,3%).









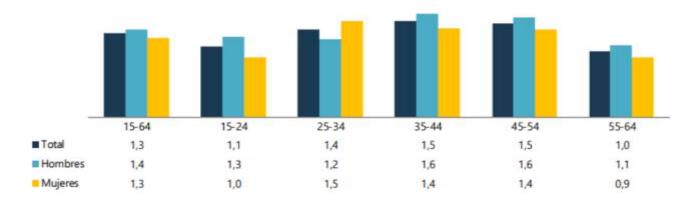


Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta (%) y edad media de inicio en el consumo (años) en la población de 15-64 años. España, 2005-2022.



A diferencia del consumo de hipnosedantes con o sin receta, la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta es muy similar para todos los grupos de edad.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.



FUE

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas*, según el número de sustancias consumidas en los últimos 12 meses (%). España, 2022.

	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Alcohol	85,4	94,4	98,0	98,9
Tabaco	9,1	79,7	97,5	97,9
Cannabis	0,4	5,1	61,4	93,6
Éxtasis	0,0	0,1	0,4	22,3
Hipnosedantes con o sin receta	4,9	19,9	38,4	52,7
Hipnosedantes sin receta	0,2	1,3	3,5	17,1
Opioides con o sin receta	5,0	8,6	11,6	17,2
Opioidessin receta	0,2	0,6	1,1	5,8
Cocaína en polvo	0,0	0,6	3,3	54,3
Cocaína base	0,0	0,1	0,1	6,3
Anfetaminas/speed	0,0	0,0	0,3	16,5
Aucinógenos	0,0	0,1	0,3	15,6
Heroína	0,0	0,0	0,1	1,7
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,2	5,2

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)



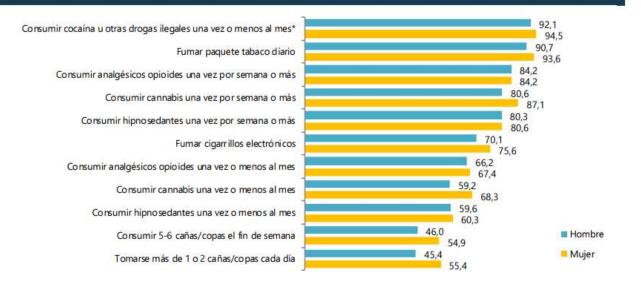


^{*} Sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles)

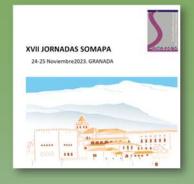
Riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas). España, 1997-2022.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
Cocaína una vez o menos al mes	93,5	95,4	93,3	93,1	95	95,8	94,6	94,5	93,8	94,6	97,0	93,4	93,3
Hipnosedantes una vez por semana o más	81,4	86,8	84,8	85,4	81,8	79,7	79,7	79,9	78,5	78,8	79,6	83,5	80,4
Hipnosedantes una vez o menos al mes	60,4	70,1	66,7	65,3	62,3	62,2	60,1	62,5	57,6	58,0	62,1	65,3	60,0
Analgésicos opioides una vez o menos al mes	či <u>s</u> v	74	27	2	2	2	12	÷	-	2		70,6	66,8
Analgésicos opioides una vez por semana o más		(*)	82	×	*	*	-		28		(*)	85,7	84,2
Cannabis una vez por semana o más	84	87,6	83,1	79,2	80,8	83,0	81,6	85,5	82,4	79,8	81,5	85,3	83,9
Cannabis una vez o menos al mes	68,9	74,8	67,9	62,0	64,2	68,5	62,7	69,4	61,2	62,5	66,1	66,3	63,7
1-2 cañas/copas cada día	(25)	970	59	*	8	15	æ	æ	17	(*)	9.0	48,3	50,4
5-6 cañas/copas el fin de semana	45,6	49,2	44,2	41,8	43,6	46,6	45	49,3	43,5	45,8	49,1	50,2	50,4
Fumar paquete tabaco diario	79,7	82,4	83,6	84,6	87,1	87,1	89,4	89,1	88,7	91,6	93,0	92,2	92,1

Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según sexo. España, 2022.



^{*}otras drogas ilegales incluido en 2019 FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)





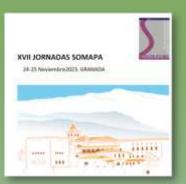




Evolución de la perce años de edad (%). Esp			drogas(d	consegu	irlasen	24 hora	sesrela	tivamer	ite fácil <i>l</i> r	nuy fáci	l), entre	la pobla	ción de	15-64
	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
Cannahie	50.3	52 1	51.8	59.5	59.2	66.2	59.8	69.6	67.0	64.6	64 3	63.3	59 4	56.9

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
Cannabis	50,3	52,1	51,8	59,5	59,2	66,2	59,8	69,6	67,0	64,6	64,3	63,3	59,4	56,9
Éxtasis	41,1	40,9	39,9	48,2	46,1	49,7	43,8	51,9	45,6	32,7	28,5	30,6	26,7	24,9
Cocaína	39,5	39,2	39,9	46,7	46,5	53,3	43,8	56,7	54,4	46,9	42,0	42,3	*	
Cocaína en polvo	-	¥	:		~		*			-		-	42,1	40,3
Cocaína base	(40	¥		((*)	~	(*)	*	-		-	-	-	24,8	22,8
Heroina	37,0	36,2	37,2	41,2	39,2	43,4	39,5	44,7	44,9	31,6	27,4	30,3	20,5	18,7
Analgésicos opioides sin receta	2.5	¥	3	700	~	4	20			-	2	30,4	25,7	26,0
Hipnosedantes sin receta	20	<u>=</u>	12	112	2	523	29	52	943	-	31,9	32,8	28,6	27,9



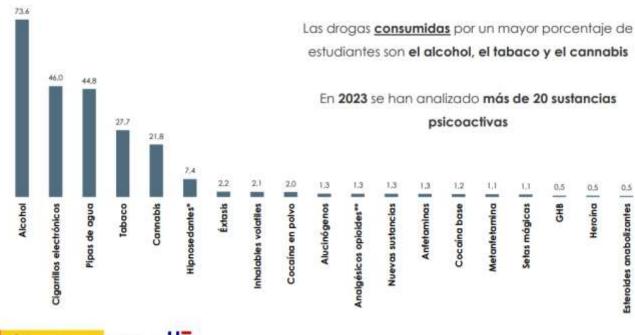


Consumo de drogas

2023

Prevalencia de consumo (%).

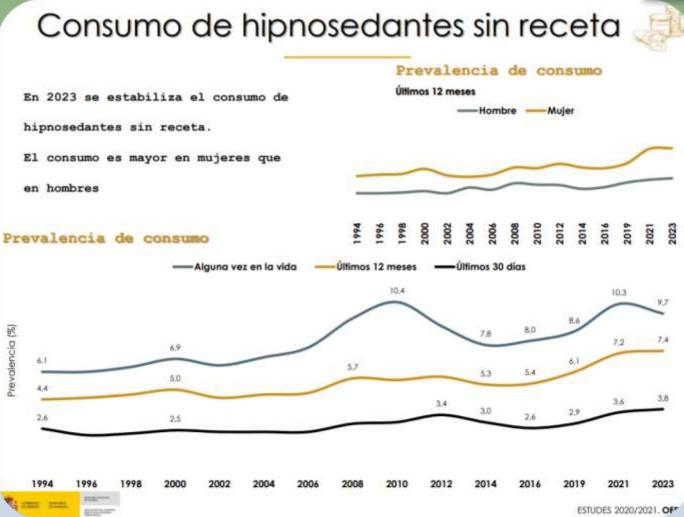
Últimos 12 meses. Estudiantes 14-18 años.







ESTUDIES 2020/2001, OFF







Identificar el paciente Caso Clínico

CASO CLÍNICO: "Toni"

FILIACIÓN

- Varón de 49 años
- Residente en Cádiz
- Casado y con dos hijos
- Estudios: Universitarios. Funcionario
- 4º de cinco hermanos (una probable alcoholismo)
- Madre fallecida recientemente
- Padre fallecido suicidio hace 20 años (probable ludopatía)

MOTIVO DE CONSULTA (Actual)

- Derivado por su MAP
- RAT previamente tratado por Problemas de OH (varios años en abstinencia con disulfiram)
- Situación caótica en los consumos de BZD y vida personal/familiar
- Demanda inespecífica "Necesito ayuda"

ANTECEDENTES PERSONALES

- Historia de consumo abusivo de alcohol desde los 35. En su familia de origen el alcohol siempre presente.
- Diagnósticos previos de trastorno mixto ansioso depresivo.
- Rasgos obsesivos.
- Ninguna patología orgánica destacable
- Tratamientos farmacológicos previos con antidepresivos y BZD (MAP y ESMC)

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Padre fallecido suicidio. Bebedor social y probable ludopatia
- Madre fallecida recientemente "Problemas mentales "??
- 4º de 5 hermanos: Una hermana mayor alcoholismo.
- Vive con su mujer y dos hijos de 17 y 15 años. Relaciones dificultosas.

PSICOBIOGRAFÍA

- Embarazo, parto, ds. psicomotor, infancia,.. N/D.
- Adolescencia marcada por un padre muy periférico y una madre muy "rara". No problemas académicos.
- Dice que en su juventud ha sido introvertido y con dificultades en las relaciones sociales. Algo obsesivo y evitativo.
- A los 17 años se inicia en el consumo social de sustancias Alcohol y Tabaco
- Aparecen en la adultez rasgos de personalidad obsesivos, limítrofes, evitativos,....

HISTORIA TOXICOLÓGICA 1

- Fumador tabaco hasta la actualidad desde los 16 años
- Bebedor diario de café desde los 8 años.
- Consumo de alcohol abusivo con patrón de dependencia sobre los 35 años
- BZD por prescripción a demandas de crisis de angustia/ansiedad. En los últimos 10 años escalada importante (MAP, ESMC, Urgencias,...)
- Actualmente 20 mgr de Lorazepam (5 mgr cada 6 horas)

HISTORIA TOXICOLÓGICA 2

- En Octubre de 2013 demandó tratamiento para problemas relacionados con el consumo de Alcohol.
- Tras su estudio clínico diagnóstico se confirmó el padecimiento de un Trastorno por Dependencia a Alcohol de varios años de evolución y se le pautó tratamiento de desintoxicación y posteriormente de deshabituación con apoyo farmacológico con Disulfiram.
- A finales de noviembre de 2014 el paciente dejó de acudir a consultas: Parece que logró Abstinencia prolongada de alcohol con consumos esporádicos a veces con patrón de borracheras.
- RAT en Octubre de 2023

EXPLORACIONES/PRUEBAS COMPLEMENTARIAS 1

Exploración física sin hallazgos (talla: 170 cm. Peso: 75 kgr. TA 100/60, Fc.:60)

Exploración psicopatológica. Destacamos:

- •El contacto afectivo es adecuado, aunque se le nota que está tenso.
- ·A nivel afectivo se detecta clínica depresiva, y una alta intensidad de angustia/ansiedad
- Patentes los rasgos de personalidad evitativa y obsesiva.
- ·Refiere muy baja autoestima.
- Niega consumos de alcohol desde hace varios años.
- No trastornos sensoperceptivos
- No trastornos del pensamiento

EXPLORACIONES/PRUEBAS COMPLEMENTARIAS 2

 Hemograma, fórmula, recuento, coagulación y VSG, sin alteraciones. Bioquímica sin alteraciones, salvo niveles algo altos de colesterol. T3 y T4 normales. Serologías negativas. Mantoux: negativo

ECG: Normal

EXPLORACIONES/PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

- Autobiografía no aportada aún por el paciente
- SCID I :Niveles altos de ansiedad y depresivos
- SCID II Rasgos Obsesivos, dependientes y evitativos
- ADHD Rating Scale: Negativa
- Test de previsión de dependencia: 13
- SDS: 13



Test de previsión de dependencia a hipnóticos/ansioliticos

Benzodiazepina	3
Dosis elevadas*	2
Duración >3 meses	2
Personalidad dependiente**	2
Vida media corta (<8 h)	2
Tolerancia, aumento dosis	2

^{*} Dosis superiores a la dosis media.

Resultados:

- 0: No dependencia, retirada brusca posible.
- 1-4: Cierto riesgo de dependencia, retirada gradual mínimo 2 semanas.
- 5-8: Elevado riesgo de dependencia, retirada gradual entre 4 y 12 semanas.
- 8-13: Dependencia presente. Programa de retirada individualizado.

Tyrer P. ABC of sleep disorders: Withdrawal from hypnotic drugs. BMJ 1993;(306):706-8

^{**} Historia de dependencia a drogas o alcohol.



Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia...

- 1. ¿Has pensado que no podías controlar tu consumo de (sustancia)?
- 2. ¿Te ha preocupado o puesto nervioso/a la posibilidad de que te pudiera faltar (sustancia)?
 - 3. ¿Te has sentido preocupado/a por tu consumo de (sustancia)?
- 4. ¿Has deseado poder dejar de consumir (sustancia)? En ese mismo período...
- 5. ¿Hasta qué punto te ha sido difícil dejar o estar sin consumir (sustancia)?

Respuestas y puntuación:

Para los ítems 1-4 0: nunca/casi nunca; 1: algunas veces; 2: a menudo; 3: siempre/casi siempre.

Para el ítem 5 0: nada difícil; 1: bastante difícil; 2: muy difícil; 3: imposible.

SDS: Severity of Dependence Scale

Gonzalez Saiz 2008 De las Cuevas 2000

"Cuestionario de síntomas de retirada de Benzodiacepinas – BWSQ"

Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiacepinas (Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire, BWSQ)

Cada uno de los sentimientos listados debajo han sido descritos por algunas personas cuando ellos redujeron o retiraron sus tranquilizantes. Por favor, recuerde algunos de estos sentimientos que haya experimentado desde el inicio de su primer tratamiento con tranquilizantes poniendo una X en la casilla apropiada para cada item. Podria también indicar si estos sentimientos ocurrieron sólo cuando usted redujo la dosis o sus pastillas o si también ocurrieron si la dosis o pastillas era la misma.

	No S	i, moderado	Si, grave	Ocurre cuando se reducen o retiran las pastillas	Ocurre cuando las pastillas son las mismas
1. Sentimientos de irrealidad	0	[2]	0	(ii)	
2. Muy sensible al ruido					
3. Muy sensible a la luz	12	D	13		
4. Muy sensible a los olores					D.
5. Muy sensible al tacto	100		133		D D
6. Sabor extraño en la boca		D D	D	L C	<u>-</u>
7. Dolores musculares					П
8. Contracciones musculares			0	(0)	- 0
9. Sacudidas o temblores			10	100	
10. Hormigueos y pinchazos (en manos, brazos o piernas)	SEE:		SEE:		000
11. Mareos				10	
12. Sentimientos de inestabilidad	(I)	Di .			0
13. Sentirse enfermo/a	E11	0			
14. Sentirse deprimido/a	- 0	- 11	D		0
15. Molestias en los ojos	E L		- E		
16. Sensación de que las cosas se mueven cuando están quietas	FEE		900	00	
17. Ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones)	10	П	D		E3
18. Incapacidad de controlar sus movimientos	0		0	70	
19. Disminución de memoria		ш			Ю
20, Disminución de apetito	10	Ü	10	D	D
Puntuación total Cualquier otro síntoma (describir cada uno debajo)					
21.	13		D		
22.	HEE:		100	00	
23.			13		
24.	(3)	Di	10		

Instrucciones para la administración y puntuación del BWSQ. El cuestionario se aplica al paciente con una declaración introductoria indicando que está dirigido a los sintomas de abstinencia. El cuestionario es completado por el sujeto en presencia de un asesor y las cuestiones pueden ser preguntadas para dilucidar cada ítem.

las cuestiones predicti ser pregumadas para unidental reda nem.

Cada puntuación «moderado» se puntúa con 1 y cada «grave» con 2 siendo la puntuación máxima posible de 40, sin incluir los sintomas adicionales.



SÍNTOMAS NUCLEARES

- Dependencia a BZD
- Clínica "neurótica"
- Rasgos de la Personalidad

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastorno por abuso/dependencia actual: Lorazepam Tabaco Alcohol en remisión

Otros:

TAG

T. Mixto ansioso depresivo

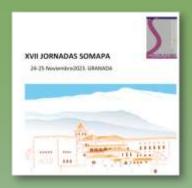
T. ansiedad/depresivo inducido por sustancias

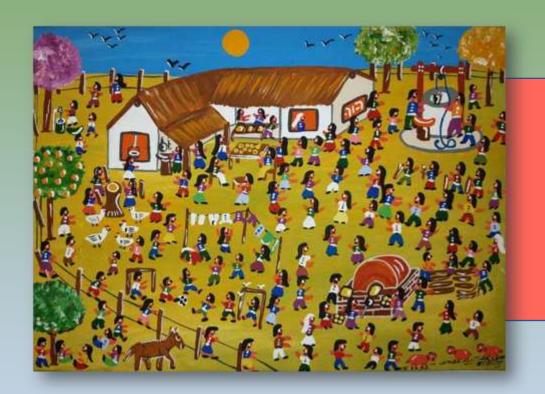
T. Adaptativo

Trastorno de personalidad Anancástico Evitativo Dependiente Otros...

DIAGNÓSTICO INICIAL (2023) CIE-10

- F13.24 Síndrome de Dependencia a sedantes con consumo actual.
- F17.24. Síndrome de Dependencia al tabaco con consumo actual.
- F10.20 Síndrome de Dependencia al alcohol en la actualidad en abstinencia
- F61.0 Trastornos Mixtos de la personalidad





PROPUESTAS TERAPÉUTICAS





La Desprescripción: (INFAC 2012):

Se entienden por desprescripción:
"el proceso de desmontaje de la
prescripción de medicamentos por medio
de su revisión, que concluye con la
modificación de dosis, sustitución o
eliminación de unos fármacos y adición de
otros".





"La retirada de BZD se basa en una reducción gradual de dosis, mediante una relación de confianza entre médico y paciente que favorezca la deshabituación y el éxito del proceso. No existe ningún otro tratamiento farmacológico de elección para la desintoxicación y deshabituación".





TABLA 1. Cómo promover la toma de conciencia y la aceptación de su retirada

- Los pacientes con dependencia a benzodiacepinas rara vez lo van a vivir como un problema, los fármacos se consumen bajo prescripción médica por lo que la continuidad del tratamiento se valora como decisión facultativa.
- Es importante, por tanto, que sean los propios médicos los que identifiquen aquellos casos que son susceptibles de ser deshabituados. Para iniciar el tratamiento de dicha dependencia siempre debe existir una coordinación entre el prescriptor del fármaco y el desprescriptor del fármaco.
- A menudo existen dificultades tales como, la escasez de tiempo en consulta, la resistencia al cambio que nos transmite el paciente y la falta de habilidad en el manejo de la retirada, que favorecen la continuidad de la prescripción.



Ante la sospecha de un posible abuso, el primer paso será establecer un contrato terapéutico (verbal o escrito) en el que conste:

- Que el paciente acepta un tratamiento y entiende que no será fácil.
- Que está dispuesto a enfrentarse a un posible craving.
- Que está dispuesto a hacer los cambios de medicación que se le indique.
- Que las pautas de medicación siempre serán modificadas en función de su confortabilidad máxima.
- Explicar que puede tener sintomatología de abstinencia: intentar explicar qué síntomas puede tener.
- Debe entender que es un inversión a largo plazo y que los beneficios los verá con el paso del tiempo.
- Facilitar unas vías de comunicación fáciles.
- Una vez establecida una buena relación terapéutica es conveniente intentar en primer lugar un tratamiento estructurado con la benzodiacepina ya recetada (dosis concretas a horas concretas).
- A menudo el primer paso consiste en acordar un horario y unas dosis en función de la predisposición del paciente.
- A veces se deberá ir reduciendo de forma progresiva la dosis de la BZD si esta es muy elevada hasta dosis terapéuticas.
- Si el tratamiento estructurado se estabiliza, confirmado mediante controles toxicológicos seriados en orina y supervisión estrecha, y el paciente esta preparado se inicia la disminución del fármaco.
- Nunca se debería pasar a una siguiente etapa si el tratamiento estructurado no está consolidado

XVII JORNADAS SOMAPA
26-15 Noviembro2023, GRANADA





TABLA 3. Pautas de reducción de benzodiacepinas (Agencia Española del Medicamento)

Las benzodiacepinas se pueden retirar en fases QUINCENALES de aproximadamente UN OCTAVO (entre 1 décimo a 1 cuarto) de la dosis diaria.

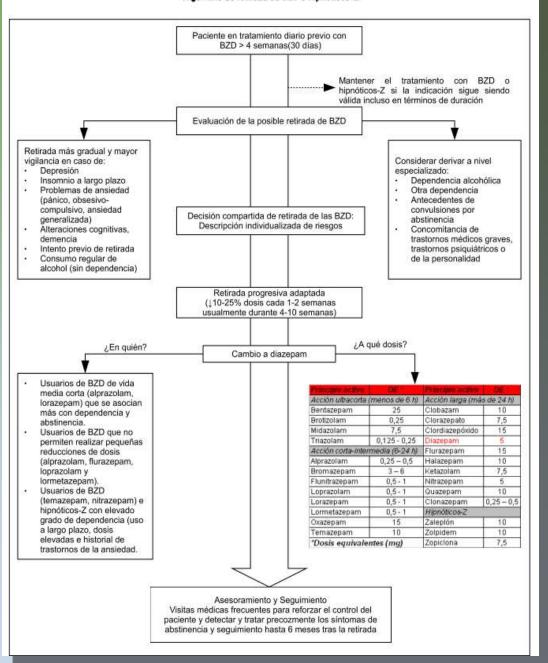
Cambiar el tratamiento del paciente por una dosis equivalente de diazepam (10 mg = 0,5 mg de alprazolam o 1 mg de lorazepam) o clonazepam (0,5 mg= 0,5 mg de alprazolam o 1 mg de lorazepam), preferiblemente por la noche (o la mayor parte de la dosis).

Reducir la dosis cada 2-3 semanas (2,5 mg de diazepam o 0,25 mg de clonazepam). Si aparecen síntomas de abstinencia, mantener la dosis hasta que mejoren.

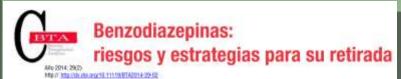
Reducir la dosis paulatinamente, si fuera necesario en escalones menores; es preferible reducir la dosis con una lentitud excesiva que con una premura exagerada. Ambos diazepam y clonazepam tienen presentación en solución (1 gota = 0,1 mg).

Suspender completamente la medicación: el tiempo necesario puede variar desde unas 4 semanas hasta 1 año o más.

Algoritmo de retirada de BZD e hipnóticos-Z







Adaptado de: NICE. Benzodiazepine and z-drug withdrawal. CKS. 2013



Marcas/Genéricos:

	PRINCIPIO ACTIVO	INICIO DE ACCIÓN* (vía oral)	POTENCIA **	METABOLISMO	INDICACIÓN	DOSIS EQUIVALENTE (mg) a 5 mg de DIAZEPAM
Vida med	lia corta o ultracorta (menos de 6	horas)				
2-4 h 1-3 h 4-8 h 2,5-4,5 h	Triazolam (Halcion®) Midazolam (Dormicum®) Brotizolam (Sintonal®) Bentazepam (Tiadipona®)	rápido rápido rápido rápido	А	oxidación oxidación oxidación oxidación	hipnótico hipnótico hipnótico ansiolítico	0,12-0,25 7,5 0,25 25
Vida med	lia intermedia (de 6 a 24 horas)					
5,8- 6,3 h 11-13 h 12 h 10 h 4-15 h 7-10 h 8-32 h	Clotiazepam (Distensan®) Alprazolam (EFG ®, Trankimazin®) Lorazepam (Donix®, Idalprem®, EFG®, Orfidal®; Placinoral® Lormetazepam (Aldosomnil®), Loramet®, Noctamid®, EFG®) Loprazolam (Somnovit®) Oxazepam (Suxidina®) Bromazepam (Lexatín®)	rápido rápido intermedio- lento rápido rápido lento lento	A A B	oxidación oxidación conjugación conjugación conjugación conjugación oxidación	hipnótico y ansiolítico ansiolítico hipnótico y ansiolítico hipnótico hipnótico ansiolítico ansiolítico	0,25-0,5 0,5-1 0,5-1 0,5-1 15 3-6
Vida med	dia larga (más de 24 horas)					
51-100 h 30-60 h	Flurazepam (Dormodor®) Clorazepato dipotásico (EFG®, Dorken®, Tranxilium®, Nansius®)	rápido rápido		oxidación oxidación	hipnótico hipnótico y ansiolitico	15 7,5
25-41 h 15-60 h 36-79 h 52 h	Quazepam (Quiedorm®) Diazepam (Valium®, EFG®) Clobazam (Noiafrem®) Ketazolam (Sedotime®)	rápido rápido rápido rápido	В	oxidación oxidación oxidación oxidación	hipnótico ansiolítico ansiolítico ansiolítico	10 5 10 7,5

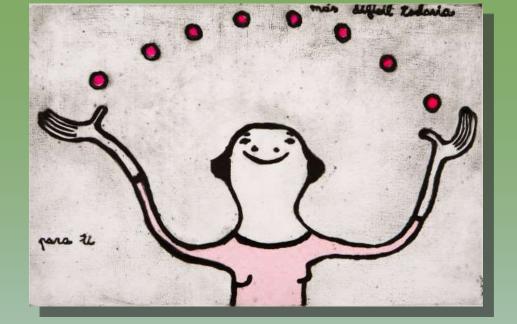
^{*} Inicio de acción: rápido (0,5-1 hora); intermedio (1-3 horas); lento: (> 3 horas). ** Potencia. A: alta; I: intermedia; B: baja.



TABLA 2. Pautas de reducción de Clonazepam, a partir de 4mg/día, 8 mg/día y 12 mg/día

Dosis inicial de CLONAZEPAM (CLNZ) y equivalencia en milígramops de diazepam (DZP)

	4 mg CLNZ= 20	8 mg CLNZ= 40	12 mg CLNZ= 60
	mg DZP	mg DZP	mg DZP
1º al 4º día	reducir 0,5 mg	reducir 1 mg cada	reducir 1,5 mg
	cada día	día	cada día
5º al 8º día	reducir 0,25 mg	reducir 0,5 mg	reducir 0,75 mg
	cada día	cada día	cada día
2ª, 3ª, 4ª, 5ª semanas	reducir 0,25 mg cada semana hasta SUPRIMIR	reducir 0,5 mg cada semana hasta SUPRIMIR	reducir 0,75 mg cada semana hasta SUPRIMIR





Retirada de Alprazolam (particularmente complicada): Se propone que la retirada de la dosis no sea superior a 0,5 mgr/semana. Cuando existen rebotes o se hace difícil la retirada, se propone el cambio a Clonazepam: Se hace el cálculo de dosis equivalentes (Clonazepam la mitad del Alprazolam) y se indica en dos tomas diarias. Debido a que el Clonazepam tarda una semana en acumularse y llegar a la meseta plasmática, y el Alprazolam se elimina en menos tiempo, durante la primera semana y hasta que se haya acumulado el Clonazepam, debe tomarse Alprazolam según las necesidades hasta una cantidad diaria igual a la que tenía antes del cambio. Al cabo de la semana, se reevalúa la situación, se suspende la administración de Alprazolam y si es necesario se aumenta la dosis de Clonazepam de 0,25-0,50 mgr/semana, hasta que se vuelva a obtener la respuesta buscada

Alternativas a las BZD:

- Los hipnóticos-Z (zopiclona, zolpidem, zaleplon) no constituyen una estrategia apropiada de cambio de las BZD
- Los antihistamínicos
- La buspirona
- La melatonina
- El Clometiazol (Distraneurine)
- El propanolol
- Los antipsicóticos a dosis bajas
- La Clonidina
- Anticomiciales
- Trazodona y Mirtazapina
- La utilización (casi en desuso) de barbitúricos
- Las plantas medicinales
- En pacientes policonsumidores y con patologías duales
- En pacientes con consumos de dosis altas y con muchas dificultades se puede recomendar la hospitalización





TABLA 4. Fármacos Alternativos a las Benzodiacepinas, en función del síntoma principal

Ansiedad (como síntoma)	Insomnio	Craving de alcohol	Trastornos de ansiedad	Hiperactividad vegetativa
Pregabalina	Trazodona	Topiramato	ISRS	Propranolol
Gabapentina	Mirtazapina	Naltrexona	ISRSN	
Quetiapina de liberación prolongada	Hidroxizina	Nalmefeno		
	Quetp. de liberación inmediata	Tiapride		



GRÁFICO 2. Algoritmo tratamiento del Trast. por Consumo de BZD

PAUTA DE RETIRADA DE BZD



COBERTURA ANTICOMICIAL

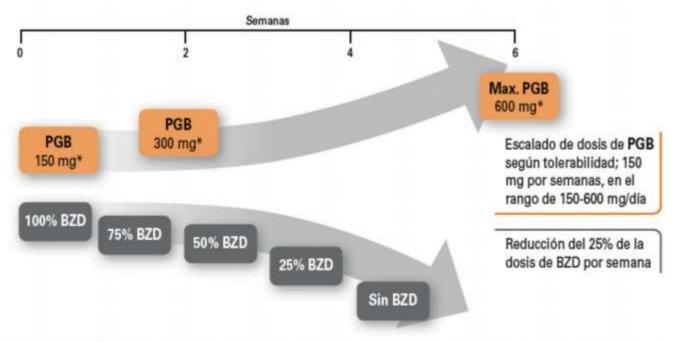


¿Presenta comorbilidad adictiva?

- Ansiedad generalizada: pregabalina o gabapentina
- Crisis de angustia/Fobia social/ TOC/ o depresión: ISRS o ISRNS
- 3. Trastorno del sueño: trazodona / mirtazapina / agomelatina / quetiapina / olanzapina
- Alcoholismo: naltrexona o nalmefeno o disulfiram o topiramato
- Adicción a opioides: buprenorfina o metadona
- Adicción al tabaco: sustitutos de nicotina o vareniclina o bupropion



GRÁFICO 1. Reducción escalonada de BZD + Aumento progresivo de la dosis de PGB*



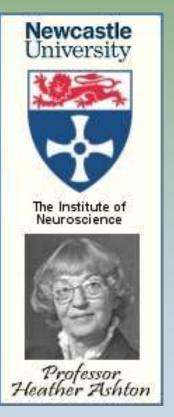
* Dosis inicial de pregabalina 75 mg dos veces al día, con un aumento de la dosis hasta alcanzar 150 mg/dos veces al día en un periodo de dos semanas. Después, la dosis pudo aumentarse, de acuerdo a la tolerabilidad y eficacia, en incrementos de 150 mg/semana, hasta un máximo de 600 mg/día

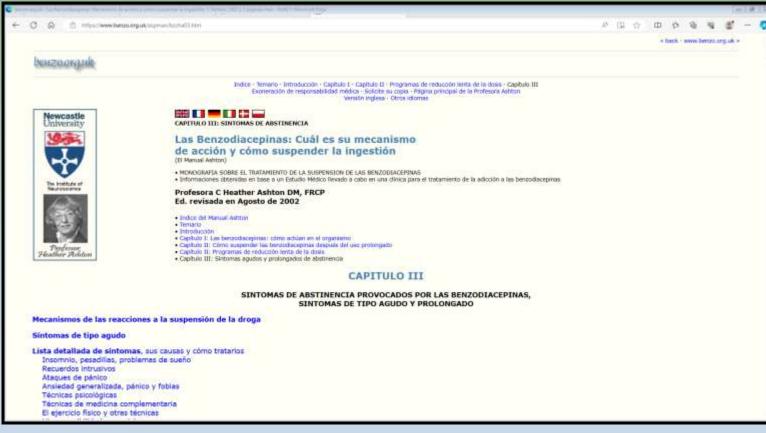
Creado a partir de Hadley SJ, et al. 2012

FUENTE: López-Trabada JR.; Rubio Valladolid G.



Monografía sobre el tratamiento de la suspensión de las Benzodiacepinas de Ashton





Tratamiento de la abstinencia de BZD/ Deshabituación

Ej.: Programa 1. Reducción y posterior suspensión empezando con una dosis elevada (6mg) de alprazolam reemplazándolo por diazepam. (6mg de alprazolam son aproximadamente equivalentes a 120mg de diazepam)
Luego siga el Programa 2,......

	Mañana	Mediodía/Tarde	Ultimas horas de la tarde/Noche	Dosis diaria equivalente de diazepam
Dosis inicial	alprazolam 2mg	alprazolam 2mg	alprazolam 2mg	120mg
Fase 1 (una semana)	alprazolam 2mg	alprazolam 2mg	alprazolam 1.5mg diazepam 10mg	120mg
Fase 2 (una semana)	alprazolam 2mg	alprazolam 2mg	alprazolam 1mg diazepam 20mg	120mg
Fase 3 (una semana)	alprazolam 1.5mg diazepam 10mg	alprazolam 2mg	alprazolam 1mg diazepam 20mg	120mg
Fase 4 (una semana)	alprazolam 1mg diazepam 20mg	alprazolam 2mg	alprazolam 1mg diazepam 20mg	120mg
Fase 5 (1-2 semanas)	alprazolam 1mg diazepam 20mg	alprazolam 1mg diazepam 10mg	alprazolam 1mg diazepam 20mg	110mg
Fase 6 (1-2 semanas)	alprazolam 1mg diazepam 20mg	alprazolam 1mg diazepam 10mg	alprazolam 0.5mg diazepam 20mg	100mg
Fase 7 (1-2 semanas)	alprazolam 1mg diazepam 20mg	alprazolam 1mg diazepam 10mg	Suprimir el alprazolam diazepam 20mg	90mg
Fase 8 (1-2 semanas)	alprazolam 0.5mg diazepam 20mg	alprazolam 1mg diazepam 10mg	diazepam 20mg	80mg
Fase 9 (1-2 semanas)	alprazolam 0.5mg diazepam 20mg	alprazolam 0.5mg diazepam 10mg	diazepam 20mg	80mg
Fase 10 (1-2 semanas)	alprazolam 0.5mg diazepam 20mg	Suprimir el alprazolam diazepam 10mg	diazepam 20mg	60mg
Fase 11 (1-2 semanas)	Suprimir el alprazolam diazepam 20mg	diazepam 10mg	diazepam 20mg	50mg
Fase 12 (1-2 semanas)	diazepam 25mg	Suprimir la dosis del mediodía agregando 5 mg a la dosis de la mañana y 5 mg a la dosis de la noche	diazepam 25mg	50mg
Fase 13 (1-2 semanas)	diazepam 20mg		diazepam 25mg	45mg
Fase 14 (1-2 semanas)	diazepam 20mg	-	diazepam 20mg	40mg





TABLA 1. Algunas técnicas de TCC-I aplicables en Atención Primaria

Intervención			
Control de estímulos	 Basadas en principios del condicionamiento clásico: asociar el uso de la cama con el sueño. El objetivo principal es el de volver a asociar el dormitorio con un inicio rápido del sueño. Si se fija la hora de despertar se estabiliza el ritmo sueño/vigilia. Se consigue restringiendo las actividades que sirven como señales para mantenerse despierto. 		
Restricción de tiempo en la cama	 Intervención para «consolidar» el sueño, acortando el tiempo que se pasa en cama, para aumentar la «eficacia del sueño». Implica restringir el tiempo que se pasa en cama para igualarlo al tiempo promedio que las personas pasan durmiendo. 		
Relajación y respiración	 Para alcanzar un estado de hipoactivación que contrarreste y ayude a controlar la ansiedad anticipatoria. Es más con el objetivo de reducir los niveles de activación que con el de inducir el sueño. Las técnicas principales son la relajación muscular progresiva, la respiración diafragmática o abdominal, la relajación dirigida y el biofeedback. 		
 Sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más racionales. Se un modelo de entrenamiento en habilidades, para ayudar a los pacientes a de capacidad de identificar las cogniciones desadaptativas, contrastarlas con la reali tivarlas generando pensamientos racionales propios. Se usa para identificar las creencias, actitudes y expectativas disfuncionales que una de tener sobre su sueño, para reestructurarlas, sustituyéndolas por otras con más valo. A más largo plazo puede usarse para vencer las preocupaciones referidas al sueño ansiedad asociada con la mala calidad y cantidad del sueño, o con la incapacidad. 			
Intervención paradójica			



